
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
JULIE EMOND

SPÉCIFICITÉ CLINIQUE LIÉE AUX COMPORTEMENTS VIOLENTS
COMMIS DANS LA COMMUNAUTÉ OU EN INSTITUTION PAR LES
SUJETS ATTEINTS DE TROUBLES SCHIZOPHRÉNIQUES

MARS 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, M. Gilles Côté, pour son soutien et ses précieux conseils. Je lui exprime toute ma gratitude pour sa patience et sa disponibilité qui m'auront permis de mener à bien ce projet. Je veux aussi remercier Alexandre Nicole, pour toute l'aide apportée lors des analyses statistiques.

Résumé

Objectif: Vérifier s'il existe une spécificité clinique liée aux comportements violents chez les sujets souffrant d'un trouble mental grave, du spectre de la psychose, en tenant compte du milieu où ont eu lieu les comportements violents, du diagnostic principal et de la présence ou non d'un diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives. Méthode: L'échantillon est composé de 76 sujets souffrant d'un trouble psychotique qui proviennent soit du milieu carcéral, soit du milieu hospitalier psychiatrique. Chaque sujet a été rencontré par un psychologue ou un clinicien; les diagnostics ont été posés à l'aide du SCID-I. Seuls les comportements violents auto-rapportés ont été considérés. Résultats: Chez les sujets souffrant d'un trouble psychotique, le diagnostic principal n'est pas significativement associé à la violence, ni au milieu où les comportements violents ont été posés; une tendance est toutefois observable dans ce dernier cas. Un diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives est fortement lié à la violence, mais il n'est pas significativement associé au milieu où les comportements violents se sont produits. Conclusion: Sur la base de cette étude préliminaire et à partir du diagnostic principal et du diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives, il n'est pas possible d'établir une spécificité clinique liée au milieu où les comportements violents ont eu lieu. Toutefois, la puissance statistique est assez faible.

Mots-clés: troubles psychotiques-comportements violents-alcool-drogue-communauté-institution.

Implications cliniques : I) Il est important de considérer la problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives chez les sujets violents souffrant d'un trouble psychotique, vu le nombre élevé de sujets qui ont déjà été violents et qui présentent cette double problématique. II) Le diagnostic principal tend à fournir des indications sur l'endroit où les comportements violents sont posés.

Limitations de l'étude : I) La taille de l'échantillon est limitée, ce qui diminue la puissance statistique. II) Les sujets provenant du milieu carcéral et du milieu médico-légal sont sur-représentés. III) Les comportements violents sont auto-rapportés.

Table des matières

Contexte théorique.....	1
Méthode.....	7
Résultats.....	10
Discussion.....	12
Références.....	17
Tableaux.....	21
Tableau 1.....	21

Au cours des dernières années, le phénomène de la violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants a fait l'objet de nombre d'études. Dans leurs revues des écrits scientifiques, Beck et Wencel (1), ainsi que Hodgins (2), identifient quatre grandes approches qui permettent d'étudier la violence dans la communauté ou en institution chez les individus souffrant de troubles mentaux : les études de cohortes de naissances, les études des troubles mentaux parmi les délinquants incarcérés, l'étude des délinquants homicides et, finalement, les travaux portant sur la criminalité des patients du milieu hospitalier psychiatrique. Quelle que soit la méthode utilisée, la majorité des auteurs arrivent à la même conclusion : les personnes atteintes de troubles mentaux graves (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié, dépression majeure et trouble bipolaire) posent davantage de gestes violents que les individus de la population générale. De plus, ils soulignent que l'abus de substances psychoactives, tels l'alcool, la drogue, ou la présence de plus d'un diagnostic augmente le risque de comportements violents chez les individus souffrant de troubles mentaux.

Certains auteurs sont toutefois d'avis contraire. Torrey (3) observe que les individus atteints de troubles mentaux sont surtout responsables de délits non violents. Monahan, Steadman, Silver, Appelbaum, Robbins, Mulvey et al. (4), Modestin et Ammann (5), ainsi que Rasmussen et Levander (6) démontrent que,

chez les sujets atteints de troubles mentaux graves, c'est le diagnostic d'abus de substances psychoactives qui constitue le facteur-clé dans la compréhension du comportement criminel.

Il est important de souligner que, parmi les auteurs qui ont pu observer la relation entre violence et trouble mentaux graves, un débat subsiste en ce qui a trait aux diagnostics associés aux comportements violents. Certains ont pu démontrer que chaque diagnostic, qu'il soit d'ordre affectif ou d'ordre schizophrénique, est associé à un risque accru de violence (7). D'autres ont plutôt observé que ce sont les diagnostics de schizophrénie ou de troubles psychotiques qui sont le plus souvent associés aux comportements violents chez les individus atteints de troubles mentaux (8-12). Côté, Lesage, Chawky et Loyer (13) ont établi une spécificité clinique chez les détenus souffrant de troubles mentaux et chez les patients du milieu hospitalier psychiatrique. Pour ce faire, ils ont établi des distinctions parmi les troubles schizophréniques et parmi les troubles affectifs. En ce qui a trait au diagnostic principal, les sujets violents provenant du milieu carcéral rencontrent davantage les critères diagnostiques du trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié; les sujets provenant du milieu hospitalier répondent davantage aux critères de la schizophrénie. Au regard des troubles affectifs, les détenus rencontrent davantage les critères diagnostiques de la dépression majeure, tandis que les patients répondent davantage aux critères du

trouble bipolaire. De plus, les auteurs ont pu observer que, dans le milieu carcéral, les diagnostics purs sont rares, un diagnostic complémentaire à vie d'abus de substances psychoactives étant observé chez 85,3 % des détenus atteints de troubles mentaux, comparativement à 43,3 % chez les patients du milieu hospitalier psychiatrique. Ils notent enfin que, même si les détenus souffrant de troubles mentaux graves commettent des délits plus variés, plus violents et de sévérité plus élevée, les comportements criminels ne sont pas associés exclusivement à cette population, puisque 38,3 % des patients du milieu psychiatrique auxquels ils ont été comparés ont un dossier criminel.

Sans égard au diagnostic, d'autres auteurs ont plutôt fait un lien entre la violence des individus atteints de troubles mentaux graves et l'adaptation sociale. Il y a quelques années, Taylor (14) rapportait que les schizophrènes violents sont plus souvent mariés que les schizophrènes non-violents, ce qui suppose une certaine capacité relationnelle. Plus récemment, Shaffer, Waters et Adams (15) ont pu observer que les sujets violents en institution sont généralement moins retirés socialement que les patients non violents. Côté et ses collaborateurs (13) ont observé que les individus atteints de troubles mentaux graves provenant du milieu carcéral démontrent une meilleure adaptation sociale, dans certaines sphères de fonctionnement, comparativement aux individus du milieu hospitalier, lesquels sont plus retraitistes. À partir de la même étude, Lépine et Côté (16) ont

pu démontrer que ces observations prévalent également chez les psychotiques qui présentent une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives. Ceci démontre donc le potentiel relationnel des psychotiques violents.

Dans un autre ordre d'idées, certains auteurs ont étudié le lien entre les comportements violents posés dans la communauté et ceux posés en institution par les patients du milieu hospitalier psychiatrique. Tuninger, Levander, Bernce et Johansson (17) soutiennent que les patients qui ont un dossier criminel ne sont pas plus violents en unité que les patients qui n'ont pas de tel dossier. Par contre, McNiel, Binder et Greenfield (18) et ultérieurement McNiel et Binder (19) ont pu observer une association positive entre le fait de poser des gestes de violence peu de temps avant l'hospitalisation et l'occurrence de comportements violents pendant le séjour en unité psychiatrique. Toutefois, ils font une distinction parmi les diagnostics. Les individus souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire sont plus souvent violents dans la communauté, mais ce sont ceux souffrant de trouble bipolaire qui sont le plus souvent violents en institution psychiatrique. Tardiff (20), de même que Rice, Harris, Varney et Quinsey (21), ont plutôt observé que le diagnostic le plus prévalent chez les patients violents en institution en est un de schizophrénie. Ils constatent qu'en institution, lorsque les activités sont moins organisées ou lorsqu'il y a une surpopulation sur l'unité, le risque de

comportements violents augmente chez les patients schizophrènes. Toutefois, dans une étude plus récente, Tardiff, Marzuk, Leon, Portera et Weiner (22) arrivent à des résultats contraires : ils ont démontré qu'un diagnostic de schizophrénie n'est pas significativement associé à un risque plus élevé de violence en milieu hospitalier. Leurs résultats révèlent plutôt une forte corrélation entre l'abus de substances psychoactives et les comportements violents en institution. D'autres auteurs vont dans le même sens en observant que les patients schizophrènes ne sont pas plus violents que les patients souffrant d'autres troubles mentaux (23). Selon James, Fineberg, Shaw et Priest (24), ainsi que Krakowski et Czobor (25), ils sont même moins violents.

Jusqu'à ce jour, la majorité des études qui se sont intéressées au phénomène de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves ont comparé des sujets atteints de troubles mentaux à une population générale, des schizophrènes à des non-schizophrènes ou des sujets répondant aux critères d'un trouble schizophrénique à des sujets répondant aux critères d'un trouble affectif. De même, aucune étude n'a intégré la problématique de la violence en milieu institutionnel à la violence dans la communauté selon la spécificité diagnostique des individus; par spécificité, il est ici fait référence à une différence spécifique au plan diagnostique qui permette de distinguer l'un et l'autre groupe. Il serait intéressant de considérer la spécificité clinique en fonction du milieu où les

comportements violents se sont produits. Sous cet angle, il y a donc lieu de distinguer parmi les troubles schizophréniques (schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié) et d'établir une spécificité clinique en différenciant les comportements violents posés dans la communauté, d'une part, et en institution, d'autre part, tout en considérant les différences au niveau des problématiques complémentaires d'abus de substances psychoactives.

Il a été démontré que les sujets souffrant d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié se retrouvent davantage en milieu carcéral et que ceux souffrant de schizophrénie se retrouvent davantage en milieu hospitalier. D'une part, les détenus atteints de troubles mentaux présentent, pour la plupart, une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives; ils démontrent généralement une meilleure adaptation sociale (13), ce qui laisse supposer certaines forces chez ces individus. Considérant les critères diagnostiques du trouble délirant, qui mentionnent que le fonctionnement de la personne n'est pas affecté et qu'il y a absence de délire bizarre (26), et considérant le fait que les habitudes de consommation de substances psychoactives demandent une certaine organisation, il y a lieu de croire que ces individus démontrent une bonne capacité de contrôle, en ce sens qu'ils sont suffisamment forts pour contrôler leurs comportements impulsifs à certains

moments. D'autre part, Rice et ses collaborateurs (21) ont observé qu'en institution, les schizophrènes présentent un risque accru de poser des comportements violents. Alors que ces derniers sont à la recherche de structure, le fait de devoir faire face, à certains moments, à des activités moins organisées et éventuellement aux pressions du groupe les rend plus sensibles à une désorganisation; ils présentent donc une moins grande capacité de contrôle. Sur la base de ces observations, il y a lieu de penser qu'en distinguant parmi les troubles schizophréniques, les sujets répondant aux critères diagnostiques du trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié seront plus violents dans la communauté qu'en institution, tandis que les sujets répondant aux critères de la schizophrénie ou du trouble schizo-affectif seront plus violents en institution que dans la communauté. De même, en institution, les psychotiques ne présentant pas un diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives seront plus violents que ceux qui présentent ledit double diagnostic.

Méthode

Sujets

Les sujets sont issus de l'étude de Côté, Hodgins, Daigle, Abdous, Webster et Gagné sur les facteurs de risque et les comportements violents chez les sujets

atteints de troubles mentaux graves. L'échantillon disponible, provenant de données préliminaires, est composé de 121 sujets atteints de troubles mentaux, soit 94 hommes et 27 femmes. Ils ont été recrutés dans des établissements situés dans trois régions administratives du Québec. Ils proviennent soit d'une unité de garde fermée en milieu psychiatrique, soit du milieu médico-légal (après avoir été reconnus coupables mais non responsables d'un acte criminel pour cause d'aliénation mentale), soit d'un établissement carcéral situé au Québec (pénitencier ou prison). Il faut mentionner que 48,3 % des sujets approchés ont refusé de participer ou n'ont pas complété l'évaluation; l'actuel échantillon est établi après cette attrition.

Seuls les 76 sujets de sexe masculin souffrant d'un trouble du spectre de la psychose (47 schizophrènes, 2 troubles schizophréniforme, 10 troubles schizo-affectif, 4 troubles délirants, 13 troubles psychotiques non spécifiés) sont ici retenus. Parmi eux, 17 proviennent d'une garde fermée en milieu psychiatrique, 39 du milieu médico-légal et 20 du milieu carcéral. Les sujets de l'échantillon sont âgés de 20 à 69 ans, pour une moyenne de 37,36 ans (écart-type = 11,55).

Instruments

Les sujets ont été évalués à l'aide d'une version française du Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) afin de déterminer les diagnostics

principaux et complémentaires. Dans l'étude de Côté et de ses présents collaborateurs, les diagnostics de l'axe I ont été soumis à des accords inter-juges; le coefficient kappa est de 0,78 ($p \leq 0,001$). L'accord inter-observateurs est donc très satisfaisant.

Les comportements violents auto-rapportés ont été recueillis selon la grille du projet MacArthur (10). Selon cette étude, les dossiers criminels officiels révèlent des comportements violents chez 4,5 % des sujets, alors que, sur une base auto-rapportée, la proportion s'élève à 22,4 %. Les comportements violents auto-rapportés fournissent donc une meilleure idée de l'étendue des comportements à l'étude. Dans le cas où les sujets présentaient des comportements violents à la fois en institution et dans la communauté, ceux-ci ont été placés dans le groupe des personnes ayant été violentes en institution.

Déroulement

Dans l'étude de Côté et al., l'identification des participants a été effectuée à partir des listes de la Commission d'examen, de la Commission des libérations conditionnelles et des archives. Le recrutement a été fait entre juin 1998 et mars 2002, dans les régions de Trois-Rivières, Montréal et Sherbrooke; tous les sujets libérés ou radiés du milieu auquel ils étaient rattachés ont été approchés pour participer. Ils ont été recrutés sur une base volontaire et chacun a signé une

formule de consentement. Chaque sujet a été évalué par un clinicien, psychologue ou autre, peu de temps avant ou après sa radiation ou sa libération de l'établissement dans lequel il se trouvait.

Résultats

Cette étude utilise des données préliminaires, d'où un nombre limité de sujets dans certaines catégories diagnostiques; les analyses sont donc exploratoires.

En se basant sur les observations de Côté et ses collaborateurs (13), qui ont observé une spécificité clinique selon les milieux en fonction du diagnostic principal, les sujets ont été répartis en deux groupes. Le premier groupe est composé de 59 sujets souffrant de schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme ou d'un trouble schizo-affectif. Le deuxième groupe est composé de 17 sujets souffrant d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié. Parmi les sujets du premier groupe, 45 présentent un diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives, comparativement à 14 dans le deuxième groupe (Tableau 1). Au niveau du diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives, les résultats démontrent que les deux groupes ne sont pas significativement différents ($\chi^2 (1, N=76) = 0,281, p \leq 0,60$).

(insérer Tableau 1 ici)

Parmi les 52 sujets qui ont déjà présenté au moins un comportement violent, 80,8 % souffrent de schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme ou d'un trouble schizo-affectif, tandis que 19,2 % souffrent d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié. Parmi les 24 sujets qui n'ont jamais présenté de comportements violents, ces taux sont respectivement de 70,8 % et 29,2 %. La différence entre le deux groupes n'est pas statistiquement significative (Fisher (76), $p \leq 0,25$), avec une puissance statistique de 0,16, pour un alpha de 0,05.

Parmi les sujets qui ont déjà été violents, 29 l'ont été dans la communauté et 23 l'ont été en institution. Chez les sujets qui ont présenté des comportements violents dans la communauté, 72,4 % souffrent de schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme ou d'un trouble schizo-affectif et 27,6 % souffrent d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié. Chez les sujets ayant présenté des comportements violents en institution, ces taux sont respectivement de 91,3 % et 8,7 %. La différence entre les groupes n'est pas statistiquement significative (Fisher (52), $p \leq 0,08$), avec une puissance statistique de 0,42.

Par ailleurs, le diagnostic complémentaire d'abus de substances psychoactives est significativement associé à la violence (Fisher (76), $p \leq 0,03$). Parmi les sujets qui n'ont jamais été violents, 62,5 % présentent une problématique complémentaire d'abus de substances psychoactives, comparativement aux sujets violents, chez qui la proportion s'élève à 84,6 %.

Toutefois, le double diagnostic n'est pas significativement associé au milieu où les comportements violents ont eu lieu (Fisher (52), $p \leq 0,51$; puissance statistique de 0,06). Parmi les sujets qui ont déjà été violents dans la communauté, 86,2 % présentent une double problématique. Parmi les sujets qui ont été violents en institution, le taux se situe à 82,6 %.

Discussion

Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la violence et le groupe diagnostic. Il n'y a pas non plus de relation statistiquement significative entre le groupe diagnostique et le milieu où les comportements violents sont posés. Toutefois, une forte tendance est observable dans ce dernier cas; il importe de tenir compte ici des limites posées par la puissance statistique. Ceci tend à soutenir l'hypothèse à l'effet que les

sujets répondant aux critères diagnostiques de la schizophrénie, d'un trouble schizophréniforme ou d'un trouble schizo-affectif sont plus violents en milieu institutionnel que dans la communauté, tandis que les sujets souffrant d'un trouble délirant ou d'un trouble psychotique non spécifié sont plus violents dans la communauté qu'en institution. Comme il a été mentionné plus haut, le diagnostic principal fournit des indications sur la capacité de contrôle des individus atteints de troubles mentaux, et cette capacité de contrôle peut jouer un rôle important en ce qui a trait au milieu où les comportements violents sont posés. Malgré cela, il faut souligner le fait que l'échantillon comprend très peu de sujets souffrant d'un trouble délirant et que parmi ceux-ci, aucun n'a présenté de comportements violents dans la communauté. Il y a alors lieu de souligner que c'est davantage le diagnostic de trouble psychotique non spécifié qui tend à être associé aux comportements violents posés dans la communauté.

À l'instar de bon nombre d'études (1, 2), les résultats révèlent que le double diagnostic (trouble psychotique et abus de substances psychoactives) est fortement associé à la violence. Par contre, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative avec le milieu où les comportements violents ont été posés. Côté et al. (13) ont observé que les individus du milieu hospitalier présentent, pour la plupart, un diagnostic pur, tandis que les détenus souffrant de troubles mentaux présentent majoritairement des problématiques

multiples. En considérant la notion de contrôle décrite précédemment et ces conclusions, il était attendu que les psychotiques qui ne présentent pas de double diagnostic soient violents davantage en institution que dans la communauté, puisqu'ils sont plus retraitistes et moins en contrôle. Les résultats peu concluants pourraient s'expliquer par le fait que la logique de cette hypothèse découle des observations de Côté et al. (13), mais que les échantillons ne sont pas tout à fait comparables. En effet, ces derniers ont recruté des sujets du milieu psychiatrique général, tandis que les sujets recrutés ici proviennent d'une unité de garde fermée, lorsqu'ils ne sont pas rencontrés dans les milieux carcéral ou médico-légal. Les sujets dirigés en garde fermée représentent un danger soit pour eux-mêmes, soit pour les autres, ce qui implique un certain niveau d'impulsivité. À cet effet, il a été démontré, à titre d'exemple, qu'en ce qui a trait aux comportements d'agression, l'impulsivité et les tendances suicidaires sont liées aux mêmes marqueurs de la sérotonine (voir à ce chapitre la synthèse de Lesch et Merschdorf (27)). Donc, les sujets qui se retrouvent en garde fermée sont potentiellement plus fonctionnels et moins retraitistes que les sujets de la psychiatrie générale, ce qui pourrait diminuer le risque de comportements violents en institution. Par ailleurs, presque tous les sujets de la présente étude présentent un double diagnostic. Il s'en suit un nombre très limité d'individus véritablement retraitistes. Dès lors, il devient difficile de déterminer l'association entre un diagnostic complémentaire

d'abus de substances psychoactives et le milieu où les comportements violents sont posés.

Une des forces de cette étude est cependant que des participants provenant de différents milieux ont été recrutés, comparativement à l'étude de Monahan et al. (4), dont les sujets proviennent uniquement du milieu hospitalier psychiatrique. Toutefois, certaines limites sont à noter. Puisque l'étude est basée sur des données exploratoires, l'échantillon utilisé est composé d'un nombre limité de sujets, ce qui diminue considérablement la puissance statistique des analyses. Considérant les tendances observées, il y a lieu de penser qu'un plus grand nombre de sujets aurait pu éventuellement contribuer à soutenir l'hypothèse d'une association entre la catégorie diagnostique et le milieu où le comportement violent s'est produit. De plus, en se basant sur le fait que les comportements violents auto-rapportés fournissent une bonne indication de l'étendue de la problématique de la violence (4), ceux-ci ont été privilégiés. Il est quand même permis de s'interroger sur la nature de l'information rapportée, car la définition de ce qu'est un comportement violent peut varier pour chaque individu. Pour éviter toute confusion, il aurait été important d'établir, dès le départ, une définition claire et précise de tous les comportements pouvant être rapportés. De même, il aurait été intéressant de considérer, sur le modèle du projet MacArthur, les trois sources d'information disponibles (sujet lui-même, dossiers criminels et tiers). Ne pas s'arrêter

seulement à l'étendue de la problématique aurait pu amener plus de précisions sur les comportements violents.

Enfin, malgré le fait que les résultats ne soient pas concluants, l'idée d'établir une spécificité clinique liée au milieu où les comportements violents sont posés ne doit pas être abandonnée, vu les tendances observées. Il serait intéressant de répéter cette étude en intégrant des sujets provenant du milieu de la psychiatrie générale qui ne sont pas en garde fermée, ce qui permettrait éventuellement d'augmenter le nombre de sujets présentant un diagnostic pur. De plus, en considérant les comportements violents sanctionnés légalement, c'est-à-dire ceux qui sont inscrits au dossier criminel officiel des sujets et dans les dossiers institutionnels, de même que les informations fournies par les proches des sujets, il serait sans doute possible de dresser un tableau plus complet du phénomène de la violence chez les individus souffrant d'un trouble psychotique.

Références

1. Beck JC, & Wencel H. Violent crime and axis I Psychopathology. Dans A. E. Skodol, Éd. Psychopathology and Violent Crime. Washington: American Psychiatric Press; 1998, pp. 1-27.
2. Hodgins S. Les malades mentaux et la criminalité : Cesser de débattre les faits et rechercher des traitements efficaces et les causes. Dans S. Bauhofer, P.-H. Bolle, & V. Dittman, Éds. Délinquants Dangereux Gemeingefährliche Straftäter. Zurich, Suisse : Verlag Rüegger-Chur/Zurich; 2001, pp. 97-134.
3. Torrey EF. Violent behaviour by individuals with serious mental illness. Hosp Community Psychiatry 1994; 45: 653-662.
4. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Roth LH, Grisso T, & Banks S. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental disorder and violence. New York: Oxford University Press; 2001.
5. Modestin J, & Ammann R. Mental disorders and criminal behaviour. Br J Psychiatry 1995; 166: 667-75.
6. Rasmussen K, & Levander S. Crime and violence among psychiatric patients in a maximum security psychiatric hospital. Crim Just Behav 1996; 23: 455-71.

7. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, & Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 761-70.
8. Tiihonen J, Eronen M, & Hakola P. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 917-18.
9. Eronen M, Hakola P, & Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 497-501.
10. Grossman LS, Haywood TW, Cavanaugh JL, Davis JM, & Lewis DA. State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crime. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 790-95.
11. Noble P. Violence in psychiatric inpatients: Review and clinical implication. *Int Rev Psychiatr* 1997; 9: 207-16.
12. Flannery RB, Schuler AP, Farley EM, & Walker AP. Characteristics of assaultive psychiatric patients: ten year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q* 2002; 73: 59-69.
13. Côté G, Lesage A, Chawky N, & Loyer M. Clinical specificity of prison inmates with severe mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 571-77.
14. Taylor P. Schizophrenia and violence. Dans J. Gunn & D. P. Farrington, Éd. *Abnormal Offenders, Delinquency, and the Criminal Justice System*. Toronto: Wiley; 1982, pp. 269-84.

15. Shaffer CE, Waters WF, & Adams SG. Dangerousness: Assessing the risk of violent behavior. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1064-68.
16. Lépine A, & Côté G. L'abus de substances psychoactives et l'adaptation sociale chez les psychotiques. *Rev can psychiatrie* 1998; 43: 1036-39.
17. Tuninger E, Levander S, Bernce R, & Johansson G. Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 294-300.
18. McNiel DE, Binder RL, & Greenfield TK. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 965-70.
19. McNiel DE, & Binder RL. Relationship between preadmission threats and later violent behavior by acute psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40: 605-08.
20. Tardiff K. The risk of being attacked by patients: Who, how often, and where? Dans B. S. Eichelman & A. C. Hartwig, Éd. *Patient violent and the clinician*. Washington: American Psychiatric Press; 1995, pp. 13-20.
21. Rice ME, Harris GT, Varney GW, & Quinsey VL. *Violence in institutions: Understanding, prevention and control*. Toronto: Hogrefe & Huber; 1989.
22. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, & Weiner C. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 88-93.

23. Blomhoff S, Seim S, & Friis S. Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 771-75.
24. James DV, Fineberg NA, Shaw AK, & Priest RG. An increase in violence on an acute psychiatric ward: a study of associated factors. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 846-52.
25. Krakowski M, & Czobor P. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45: 700-05.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) DSM-IV. Washington: Author; 1994.
27. Lesch KP, & Merschdorf U. Impulsivity, aggression, and serotonin: A molecular psychobiological perspective. *Behav Sci Law* 2000; 18: 581-604.

Tableau 1

Proportion des catégories diagnostiques en regard du type de violence

et du diagnostic complémentaire lié aux substances psychoactives

Diagnostic principal	Aucun comportement violent n (%)	Violence dans la communauté n (%)	Violence en institution n (%)	Absence de double diagnostic n (%)	Présence de double diagnostic n (%)
Sous-groupe 1	17 (70,8)	21 (72,4)¹	21 (91,3)	14 (82,3)²	45 (76,3)
Schizophrénie	13 (54,2)	15 (51,7)	19 (82,6)	10 (58,8)	37 (62,7)
Trouble schizophréniforme	1 (4,2)	1 (3,4)	-	-	2 (3,4)
Trouble schizo-affectif	3 (12,5)	5 (17,2)	2 (8,7)	4 (23,5)	6 (10,2)
Sous-groupe 2	7 (29,2)	8 (27,6)	2 (8,7)	3 (17,7)	14 (23,7)
Trouble délirant	2 (8,3)	-	2 (8,7)	2 (11,8)	2 (3,4)
Trouble psychotique non spécifié	5 (20,8)	8 (27,6)	-	1 (5,9)	12 (20,3)

¹ Fisher (52), $p \leq 0,08$

² χ^2 (1, N = 76) = 0,281, $p \leq 0,60$